**Anamnese (intake)**

**Deze informatie wordt vertrouwelijk en discreet behandeld door uw coach/therapeut en dient uitsluitend ter ondersteuning van het programma.**

Datum

\*: doorhalen wat niet van toepassing is.

**Persoonsgegevens**

Naam:

adres:

postcode: woonplaats

telefoon: e-mail:

geboortedatum: man/vrouw

beroep:

Verzekeringnr:

Zorgverzekering :

Huisarts naam en telefoonnr.

Gezinssamenstelling:

**Welke klachten heeft u op dit moment en hoe lang bestaan deze al?**

**Hoe uiten deze zich?**

**Wat vindt u zelf de belangrijkste klachten?**

**Bent u onder behandeling bij een specialist ?**

**Bent u eerder bij een therapeut in behandeling geweest of bent u dat nog steeds ?**

**Bent u onder behandeling bij u huisarts ?**

**Heeft u een allergie?**

**Gebruikt u medicijnen? ja / nee\***

Zo ja, welke en waarvoor dient het?

Welke dosering?

**Gebruikt u pijnstillers? Ja / nee\***

Zo ja, welke hoeveel en hoe vaak?

**Gebruikt u voedingssupplementen? Ja / nee\***

Zo ja, welke en waarvoor?

Welke dosering?

**Rookt u? Ja/ nee\***

Zo ja, hoeveel per dag?

**Vindt u uzelf stressgevoelig? Ja / Nee\* ( wilt u dit delen)**

**Heeft u zorgen en/of angsten omtrent het een of ander ja / nee\***

Zo ja, waarvoor?

**Vragen m.b.t. het bewegingspatroon**

- Loopt u dagelijks veel / matig / weinig\*

**Vragen m.b.t. voeding**

- Heeft u vaak behoefte aan zoetigheid

- Gebruikt u alcoholische dranken? Ja / nee\*

- Heeft u wel eens een dieet gevolgd en zo ja, welke….

**vragen m.b.t. het gezondheidsverleden**

- hoe was uw conditie door de jaren heen?

- Heeft u een of meerdere operaties ondergaan en zo ja, welke ?

**Vragen met betrekking tot het immuunsysteem:**

- Vermoedt u bij uzelf een voedselallergie en zo ja, welke?

- Heeft u last van eczeem of huiduitslag?

- Heeft u snel last van vermoeidheid?

- Heeft u regelmatig last van hoofdpijn?

- Welke ziektebeelden komen in uw eigen familielijn ?

**Alleen voor vrouwen**

- Bent u zwanger geweest? Ja / nee\*

 Zo ja, deden zich bij de zwangerschap(pen) en/of bevalling(en) complicatie voor?

- Verloopt of verliep de menstruele cyclus normaal?

- Gebruikt u de pil of spiraal ?

- Bent u in de overgang? Ja / nee

- Moet u vaak plassen? Ja / nee\*

 Zo ja moet er ‘s nachts uit om te plassen en hoe vaak?

- Heeft u regelmatig het gevoel dat de blaas niet goed leeg te kunnen plassen?

 **Vragen m.b.t. de huidige conditie**

- Is uw stoelgang regelmatig? Ja / Nee\*

 Zo ja, hoe vaak per dag / week?

- Is de samenstelling van de ontlasting erg wisselend? Ja / Nee\*

 Zo ja, probeer dit te omschrijven.

- Heeft u snel last van uw darmen? Ja / Nee\*

- Heeft snel last van een opgeblazen gevoel?

- Geneest u snel van wondjes? Ja / nee\*

- Hoe is uw bloeddruk? goed / te hoog / te laag / wisselend / geen idee\*

- Heeft u vaak last van jeuk? Ja / nee\*

 Zo ja, kunt u dit nader omschrijven?

- Heeft u problemen met slapen? Ja / nee

 Zo ja:

 Met het in slaap vallen? Ja / Nee

 Met het doorslapen? Ja / Nee

 Word’t u ’s nachts vaak wakker? Ja / Nee

 Droomt u regelmatig? Ja / Nee

- Komt u ’s ochtends gemakkelijk en uitgerust uit uw bed?

- Hoe omschrijft u uw eigen gezondheidssituatie?

**Aanvullende vragen of opmerkingen?**

Leeftijd : Lengte : cm Gewicht:\_\_\_\_kg

Ik heb alle informatie naar waarheid ingevuld ,

Datum;

Naam;

Handtekening: